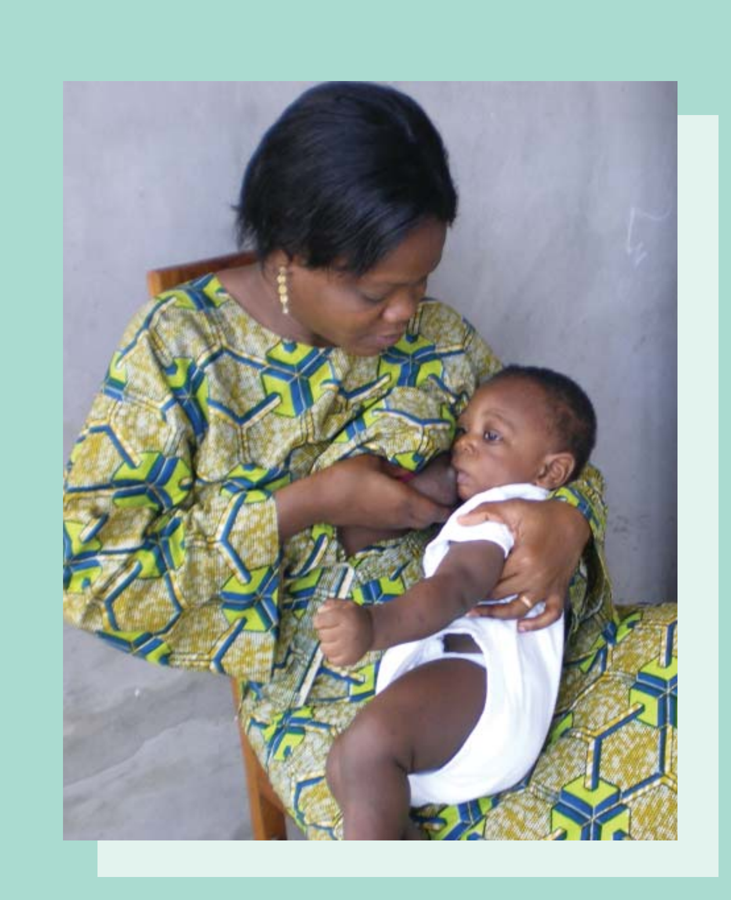


Bénin

Enquête Démographique et de Santé 2006

Rapport de synthèse



Ce rapport résume les principaux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III), réalisée au Bénin du 3 août au 18 novembre 2006, par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) en collaboration avec le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS). Cette enquête a bénéficié de l'appui technique de Macro International et de l'appui financier de l'USAID, de l'Union Européenne, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du Programme National de Lutte contre le paludisme (PNLP), du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), et du Gouvernement béninois.

Au cours de l'EDSB-III, des informations ont été collectées auprès de 17 511 ménages, 17794 femmes de 15-49 ans et 5321 hommes de 15-64 ans. Les résultats sont significatifs au niveau national, au niveau du milieu de résidence (urbain et rural) et au niveau des douze départements du pays.

Pour tous renseignements concernant l'EDSB-III, contacter l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE), 01 BP 323, Cotonou, Bénin. TEL : (229) 21308244. FAX : (229) 21308246. E MAIL : ins-benin@insae-bj.org ou insae@insae-bj.org

Concernant le programme MEASURE DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone 301-572-0200; Fax 301-572-0999; e-mail : reports@measuredhs.com; Internet : http://www.measuredhs.com).

Citation conseillée :

Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) [Bénin] et Macro International Inc. 2007. *Enquête Démographique et de Santé, Bénin 2006: Rapport de synthèse.* Calverton, Maryland, USA : INSAE et Macro International Inc.

Date de parution : décembre 2007

Photographie de couverture : INSAE 2007

Enquête Démographique et de Santé
Rapport de synthèse



Caractéristiques des Ménages et des logements

Les données collectées sur l'âge, le sexe et le niveau d'instruction de la population des ménages ainsi que les principales caractéristiques des logements permettent de décrire et de situer le contexte sociodémographique dans lequel vivent les femmes et les hommes enquêtés.

Composition des ménages

Au Bénin, près de la moitié de la population (49 %) est âgée de moins de 15 ans. Le rapport de masculinité s'établit à 95 hommes pour 100 femmes.

Un ménage béninois compte, en moyenne, 5 personnes et cette taille varie de 5,3 en milieu rural à 4,7 en milieu urbain. Dans la Donga, les ménages ont une taille nettement supérieure à la moyenne nationale (7,0). À l'opposé, dans le Littoral, les ménages sont de plus petite taille (3,9 personnes).

Plus des trois-quarts des ménages (77 %), ont à leur tête, un homme et près d'un quart des ménages sont dirigés par une femme (23 %). C'est dans les Collines et le Zou (29 % dans chaque cas) que les ménages sont le plus fréquemment dirigés par une femme; à l'opposé, c'est dans le Borgou et l'Alibori que cette proportion est la plus faible (respectivement 10 % et 6 %).

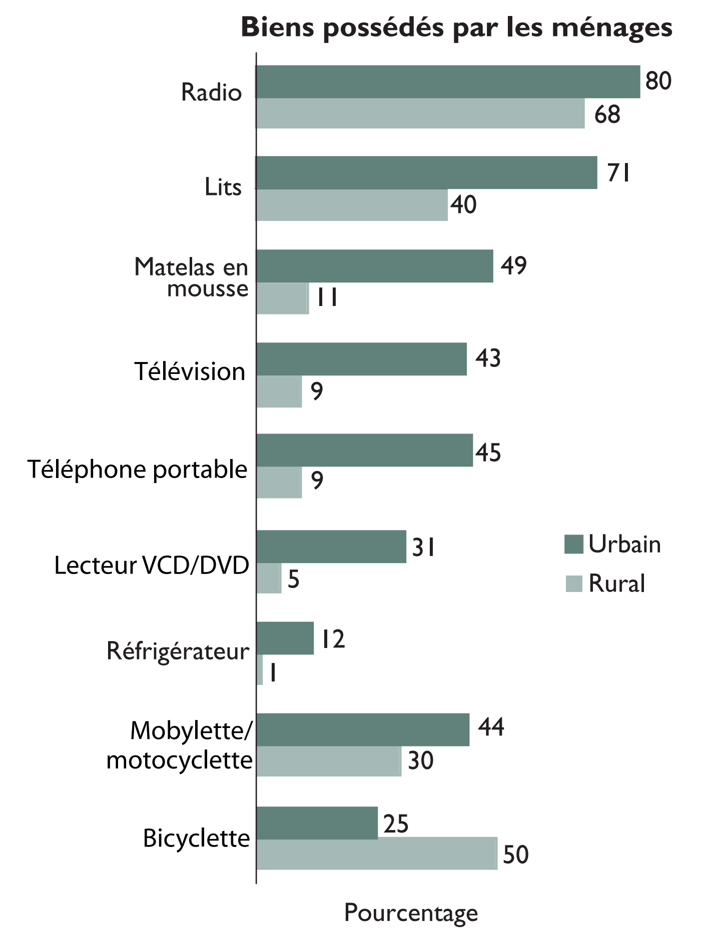
Niveau d'instruction de la population

Malgré des améliorations certaines, les proportions de femmes et d'hommes sans instruction demeurent élevées (respectivement 58 % et 37 %). En outre, les écarts de niveau d'instruction entre les hommes et les femmes restent importants, tant en milieu urbain qu'en milieu rural.

Caractéristiques des logements

Dans l'ensemble, 44 % des ménages disposent de l'eau courante dans le logement ou à l'extérieur du logement ou s'approvisionnent à un robinet public. Cette proportion est beaucoup plus élevée en milieu urbain (66 %) qu'en milieu rural (29 %). De plus, 9 % des ménages utilisent pour leur consommation de l'eau provenant de rivière, de mare ou de marigot qui sont généralement considérées comme des sources d'approvisionnement insalubres.

Près des deux tiers des ménages (62 %) ne disposent d'aucun type de toilettes contre 67 % en 2001. Seulement 4 % utilisent des latrines ventilées et 6 % des latrines non ventilées. Le milieu de résidence met en évidence des écarts importants puisque, en milieu rural, la grande majorité des ménages (81 %) ne dispose pas de toilettes contre 66 % en milieu urbain.



Caractéristiques des femmes et des hommes enquêtés

Les caractéristiques individuelles et sociodémographiques des femmes et des hommes enquêtés sont des informations de base essentielles et des déterminants de l'état de santé de la population et de ses conditions de vie.

Répartition spatiale de la population

Plus de la moitié des femmes et des hommes enquêtés (respectivement 59 % et 57 %) vivent en milieu rural.

Le milieu urbain regroupe 41% des femmes et 43 % des hommes. C'est dans les départements de l'Ouémé, de l'Atlantique et du Zou que l'on observe les plus fortes concentrations de population.

Instruction et alphabétisation

Les résultats concernant le niveau d'instruction de la population mettent en évidence la persistance d'écarts entre les genres et entre les milieux urbain et rural. Seulement 28 % des femmes sont alphabétisées et près des deux tiers (64 %) n'ont aucune instruction. Chez les hommes, ces proportions sont respectivement de 57 % et 33 %. Par rapport à 2001, la proportion de femmes alphabétisées n'a que peu varié, passant de 25 % à 28 % ; chez les hommes, l'écart entre les deux dates est plus important, la proportion d'hommes alphabétisés étant passée de 48 % à 55 %.

Dans l'Alibori, 91 % des femmes et 75 % des hommes n'ont aucune instruction. Dans la ville de Cotonou, ces proportions ne sont respectivement que de 25 % et 4 %.

Activité économique

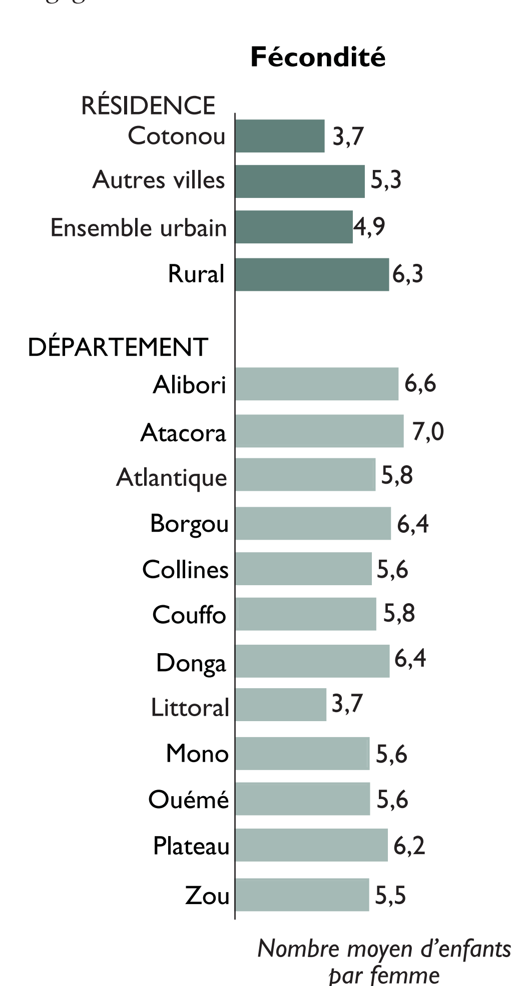
Plus des trois quarts des femmes travaillaient au moment de l'enquête (79 %). C'est essentiellement dans le commerce et les services (51 %) et dans l'agriculture que les femmes étaient occupées (37 %).

Parmi les femmes qui exercent un travail non agricole, les trois quarts (75 %) sont rémunérés en argent. Par contre, cette proportion n'est que de 14 % parmi celles qui exercent un travail agricole. Plus d'une femme sur deux travaillant dans l'agriculture (56 %) est rémunérée en argent et nature contre 16 % dans le secteur autre que l'agriculture.

En outre, parmi les femmes exerçant un emploi dans l'agriculture, la proportion de celles dont le travail n'est pas rémunéré est deux fois plus élevée que parmi celles qui travaillent ailleurs que dans l'agriculture (19 % contre 8 %).

FÉCONDITÉ ET SES DÉTERMINANTS

Les données collectées à partir de l'historique des naissances ont permis d'estimer les niveaux de la fécondité, d'en dégager ses tendances et de mettre en évidence les différentiels selon certaines caractéristiques.



Niveaux actuels et tendances de la fécondité

La fécondité des femmes béninoises demeure élevée puisqu'une femme a, en moyenne, 5,7 enfants. Ce nombre moyen n'a quasiment pas varié depuis l'enquête effectuée en 2001 (5,6) ; par contre, il a diminué depuis 1996, date de la première enquête EDS qui avait estimé ce nombre moyen à 6,3.

Il existe des écarts importants de niveau de fécondité selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes. Une femme du milieu rural a 1,4 enfants de plus qu'une femme du milieu urbain (6,3 contre 4,9 enfants par femme). Dans les départements, le nombre moyen d'enfants varie d'un maximum de 7 enfants dans l'Atacora à 3,7 dans le Littoral.

> En milieu rural, les femmes ont 1,4 enfants de plus qu'en milieu urbain et dans les départements, le nombre moyen d'enfants par femme varie de 7 enfants dans l'Atacora à 3,7 dans le Littoral.

Le niveau de la fécondité est étroitement influencé par le niveau d'instruction. Les femmes sans instruction ont un nombre d'enfants beaucoup plus élevé (6,4 enfants par femme) que les femmes instruites (5,2 enfants par femme chez celles ayant un niveau d'instruction primaire, et 3,4 pour le secondaire 2nd cycle ou plus).

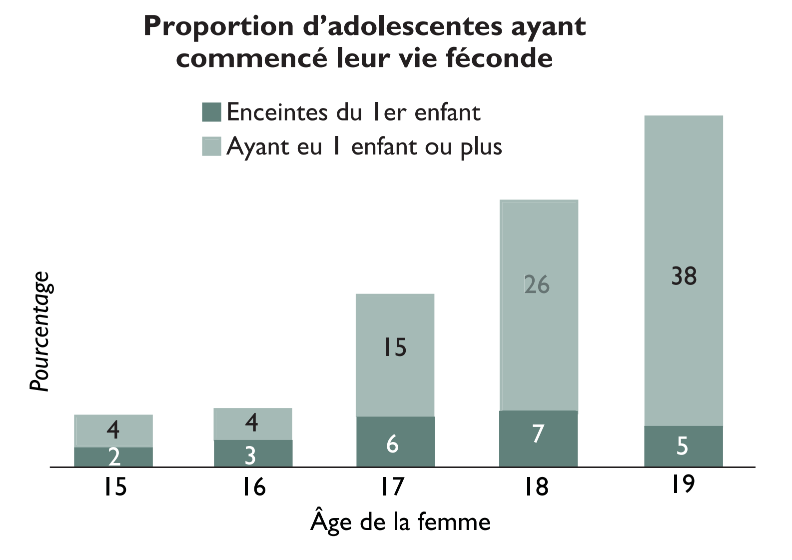
Nuptialité et exposition au risque de grossesse

L'âge médian des femmes à la première union est estimé à 18,8 ans. Cet âge est resté quasiment stable depuis 1996 (18,5 ans). Cependant, la proportion de femmes entrées en première union avant l'âge de 15 ans a diminué, passant de 10 % parmi celles âgées de 25 ans et plus à l'enquête à 5 % parmi celles de 15-19 ans. Cet âge médian présente des variations importantes. C'est parmi les femmes du milieu rural (18,1 ans), celles du département de l'Alibori (16,7 ans) et celles sans instruction (18.1 ans) que l'âge d'entrée en première union est le plus précoce. À l'opposé, à Cotonou, cet âge est estimé à 21,6 ans et parmi les femmes de niveau secondaire 1er cycle, il est de 22,2 ans.

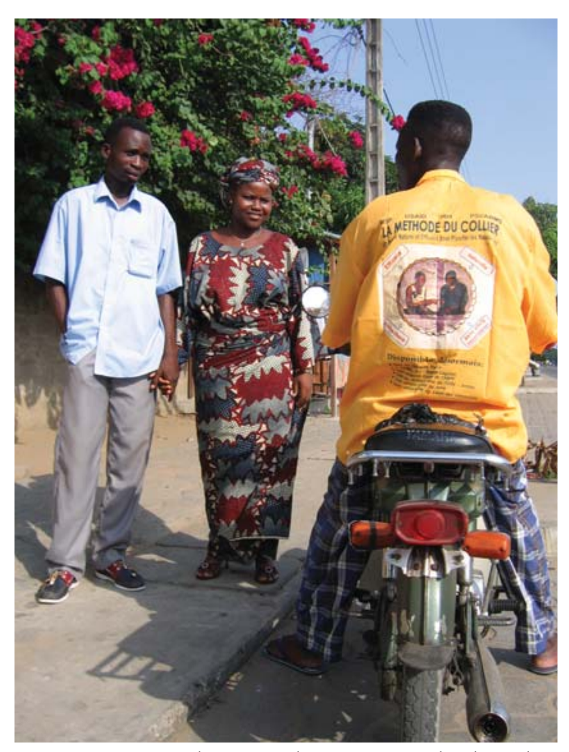
Fécondité des adolescentes

Plus d'un cinquième des adolescentes (21 %) ont déjà commencé leur vie féconde : près de 17 % ont déjà eu, au moins, un enfant et environ 5 % sont enceintes d'un premier enfant. Entre 2001 et 2006, les proportions d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde n'ont pratiquement pas changé (22 % en 2001 contre 21 % en 2006).

Près de deux adolescentes sans instruction sur cinq (39 %) ont déjà commencé leur vie féconde contre seulement 4 % parmi celles ayant un niveau secondaire 2nd cycle.



Le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde est plus de deux fois plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (29 % contre 13 %). Il est aussi plus élevé dans l'Alibori (51 %), la Donga (34 %) et le Borgou (33%) que dans le reste du pays. C'est dans le Littoral (7 %) et le Couffo (11 %) que l'on constate les plus faibles proportions d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde.



© 2006 Daren Trudeau, avec la permission de Photoshare

Planification familiale

L'utilisation des méthodes de planification familiale, et plus particulièrement les méthodes modernes, permet aux femmes et aux couples de mieux réaliser leurs objectifs en matière de fécondité et de taille idéale de la famille.

Connaissance et utilisation de la contraception

Bien que neuf femmes en union sur dix (90 %) connaissent, au moins, une méthode contraceptive moderne, et que 22 % aient déjà eu recours à la contraception moderne dans leur vie, seulement 6 % utilisaient une méthode moderne au moment de l'enquête. Parmi ces méthodes, les injectables et la pilule sont les méthodes les plus fréquemment utilisées.

C'est en milieu urbain (9 %), dans le Littoral (11 %) et les Collines (10 %) et parmi les femmes instruites (19 % parmi les femmes ayant un niveau secondaire 2nd cycle ou plus) que l'utilisation de la contraception moderne est la plus fréquente. À l'opposé, la prévalence n'est que de 5 % en milieu rural, 4 % parmi les femmes sans instruction et 3 % dans le Plateau.

La proportion de femmes qui utilisaient une méthode moderne est restée quasiment inchangée depuis 2001 (7 % contre 6 % en 2006).

Près de la moitié des femmes (48 %) n'ont été exposée à aucun message sur la planification familiale à la radio, à la télévision ou dans les journaux/magazines. En outre, au cours des 12 derniers mois, la grande majorité des femmes non utilisatrices de la planification familiale (90 %) n'ont ni reçu la visite d'un agent de santé, ni discuté de planification familiale dans un centre de santé.

Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Dans 30 % des cas, les femmes actuellement en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale : 18 % ont des besoins non satisfaits pour l'espacement et 12 % pour la limitation des naissances. La demande en planification familiale n'est satisfaite que pour seulement 36 % des femmes. Si tous les besoins en matière de planification familiale étaient satisfaits, la prévalence contraceptive passerait de 17 % à 47 %.



Santé de la reproduction

Les risques de complications de l'accouchement peuvent être réduits si la femme enceinte effectue, au cours de sa grossesse, des visites prénatales auprès de personnel de santé qualifié. De plus, les soins prénatals, pour être efficaces, doivent intervenir à un stade précoce de la grossesse et se poursuivre de façon régulière jusqu'à l'accouchement.

Soins prénatals et conditions d'accouchement

Près de neuf femmes sur dix (88 %) ont reçu des soins prénatals, dispensés par du personnel de santé. Les résultats mettent en évidence de grandes disparités selon les départements : dans le Littoral, l'Atlantique, l'Ouémé et le Zou, au moins 98 % des femmes ont effectué des visites prénatales ; à l'opposé, dans l'Alibori et le Borgou, ces proportions ne sont respectivement que de 61 % et 69%. En outre, plus de trois femmes sur cinq (61 %), ont effectué, au moins, les quatre visites recommandées.

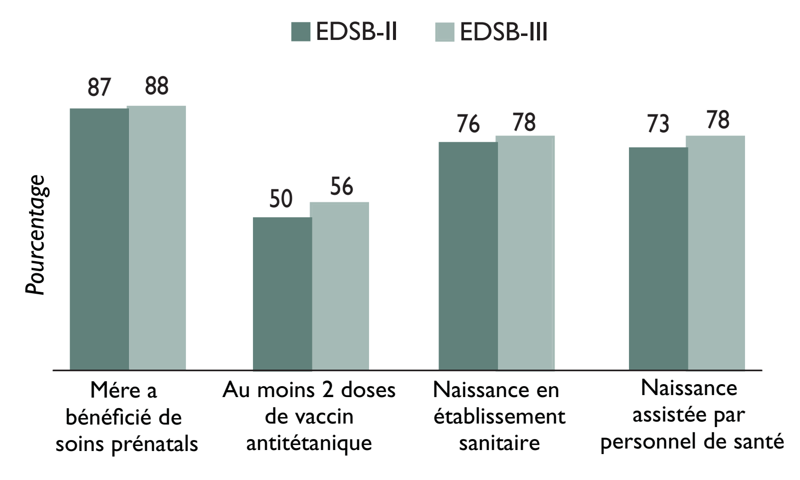
La proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals s'est améliorée dans l'Atacora/Donga, le Mono/Couffo et le Zou/Collines, mais elle a diminué dans le Borgou/Alibori.

Près de trois naissances sur six (59 %) ont été protégées contre le tétanos néonatal. Dans l'Alibori, le Borgou et le Plateau, moins d'une femme sur deux a reçu une protection complète contre le tétanos néonatal (respectivement, 43 %, 47 % et 50 %). À l'opposé, dans les Collines, le Mono et le Zou, cette proportion varie entre 63 % et 68 %. Le niveau d'instruction influence le niveau de la couverture antitétanique des mères : un peu plus d'une femme sans instruction sur deux (55 %) a été vaccinée contre le tétanos néonatal contre 67 % quand la mère a un niveau primaire et 71 % quand elle a un niveau secondaire 2nd cycle. La proportion de femmes ayant reçu au moins deux injections de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse a augmenté de 2001 (50 %) à 2006 (56 %).

Lieu et assistance à l'accouchement

Parmi les naissances des cinq années ayant précédé l'enquête, 22 % se sont déroulées à la maison et 78 % dans un établissement de santé, essentiellement du secteur public (65 %). C'est en milieu rural (26 %), dans l'Alibori (58%), l'Atacora (50%), le Borgou (46%) et la Donga (31%) et parmi les femmes sans instruction (27 %) que les accouchements à domicile sont les plus fréquents.





Seulement 78 % des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel de santé, en majorité des infirmières/sages-femmes (69 %). Cette proportion de naissances dont l'accouchement a été assisté par du personnel de santé augmente avec le niveau d'instruction de la mère, passant de 72 % pour les femmes sans instruction à 93 % pour celles ayant un niveau primaire et à 99 % pour les plus instruites.

Par rapport aux données de l'EDSB-II de 2001, on note que la proportion de femmes dont l'accouchement a été assisté par du personnel de santé a légèrement augmenté, passant de 73 % à 78 % en 2006.

Suivi postnatal

Environ un tiers des femmes (32 %) n'ont effectué aucune visite postnatale. C'est surtout en milieu rural (38 %), dans l'Alibori (49 %) et l'Atacora (46 %), parmi les femmes sans instruction (37 %) et celles des ménages les plus pauvres (50 %) que cette proportion est la plus élevée. Pour la quasi-totalité des femmes qui ont bénéficié de soins postnatals, ces soins ont été effectués avant de quitter l'établissement sanitaire où elles avaient accouché (63 %).



Santé de l'enfant

Les données collectées permettent une évaluation de la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois ainsi que la prévalence des principales maladies infantiles (IRA, fièvre et diarrhée) et leur traitement.

Couverture vaccinale

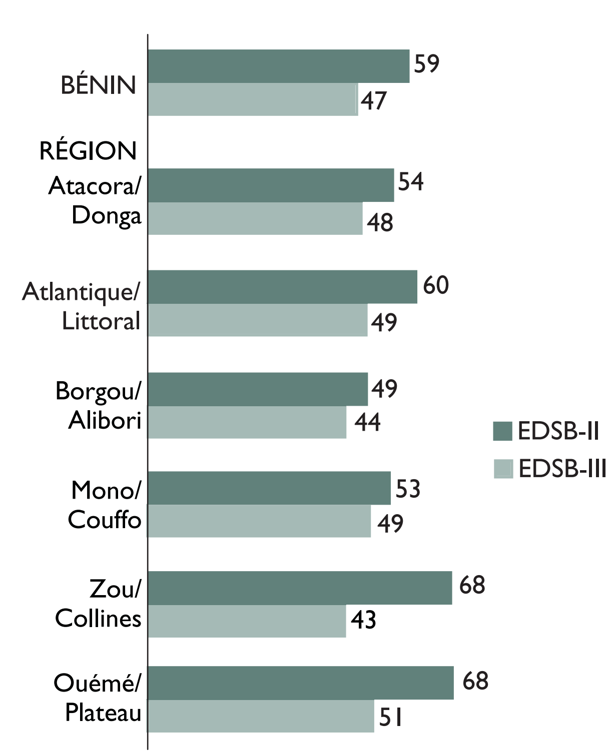
Moins d'un enfant sur deux (47 %) a été complètement vacciné contre les maladies cibles du Programme de vaccination (PEV). À l'opposé, 7 % de l'ensemble des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun des vaccins du PEV et le reste des enfants (46 %) n'ont donc été que partiellement vaccinés.

> La couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois a diminué, la proportion d'enfants complètement vaccinés étant passée de 59 % en 2001 à 47 % en 2006.

Les variations selon le milieu de résidence sont importantes et mettent en évidence la faiblesse de la couverture vaccinale du milieu rural par rapport au milieu urbain (43 % contre 55 %). Les résultats selon les départements montrent que ce sont les enfants du Plateau qui sont les moins vaccinés, seulement 26 % ayant reçu tous les vaccins. À l'opposé, dans les Collines, le Mono et le Littoral, au moins 60 % des enfants ont été complètement vaccinés.

La comparaison avec les données de l'enquête précédente fait apparaître une diminution de la proportion d'enfants complètement vaccinés, celle-ci étant passée de 59 % en 2001 à 47 % en 2006. Cette dégradation de la couverture vaccinale touche tous les départements (graphique 9.1), mais plus particulièrement l'Ouémé/Plateau (51 % contre 68 %) et le Zou/Collines (43 % contre 68 %).

Vaccination selon l'EDSB-II et l'EDSB-III



Pourcentage d'enfants de 12-23 mois complètement vaccinés

Traitement des enfants malades

Pour un peu plus du tiers des enfants (36 %) ayant présenté des symptômes respiratoires aigus (IRA), on a recherché des conseils ou un traitement dans un établissement sanitaire ou auprès d'un prestataire de santé.

Dans seulement 37 % des cas, un traitement ou des conseils ont été recherchés pour traiter la fièvre. En outre, parmi ces enfants ayant eu de la fièvre, 54 % ont pris des antipaludéens et dans la majorité des cas, ces médicaments ont été pris de façon précoce.

Parmi les enfants ayant souffert de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, seulement 30 % ont été traités à l'aide d'une Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO) : 23 % ont reçu des sachets de Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO) et 10 % des enfants ont reçu une solution d'eau, de sel et de sucre préparée à la maison. À l'opposé, un enfant sur cinq n'a reçu aucun traitement (21 %). Dans le Zou, cette proportion atteint 33 %.

Paludisme

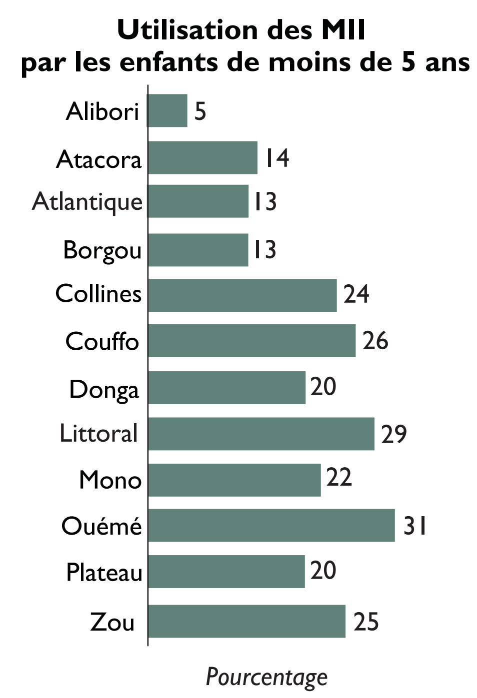
Au Bénin, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, notamment les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Le traitement et la prévention du paludisme constituent donc une composante importante des soins de santé maternelle et infantile.

Un quart des ménages (25 %) possède au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII). Cette proportion varie d'un maximum de 34 % dans l'Ouémé à un minimum de 8 % dans l'Alibori.

Un enfant sur cinq a dormi, la nuit ayant précédé l'enquête, sous une MII. Dans l'Ouémé, cette proportion atteint 31 %.

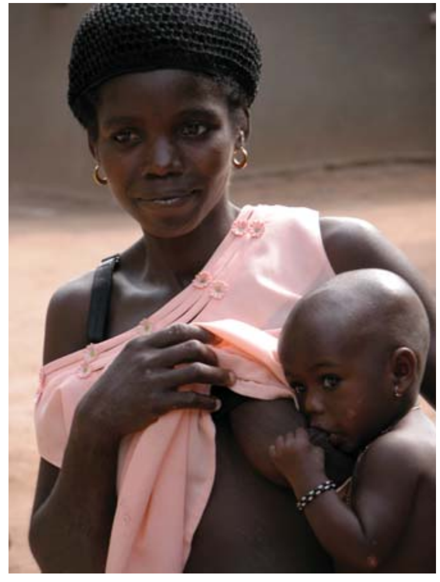
Plus de quatre femmes sur cinq (82 %) ont pris des antipaludéens, à titre préventif, pendant la grossesse de leur dernière naissance. Cependant, dans l'Alibori, l'Atacora et le Borgou, cette proportion n'est que d'environ 60 %.

Seulement 20 % des femmes enceintes, particulièrement vulnérables au paludisme, se sont protégées du paludisme en dormant sous une MII.



ALLAITEMENT ET ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES

Les pratiques d'alimentation jouent un rôle primordial dans l'état nutritionnel des enfants. Les données collectées permettent, non seulement d'évaluer les pratiques alimentaires des jeunes enfants, mais aussi, à partir des mesures anthropométriques, d'évaluer leur état nutritionnel ; de même, à partir des données sur le poids et la taille des femmes de 15-49 ans, on a évalué leur état nutritionnel.



© 2005 D. Hinrichsen, avec la permission de Photoshare

Allaitement

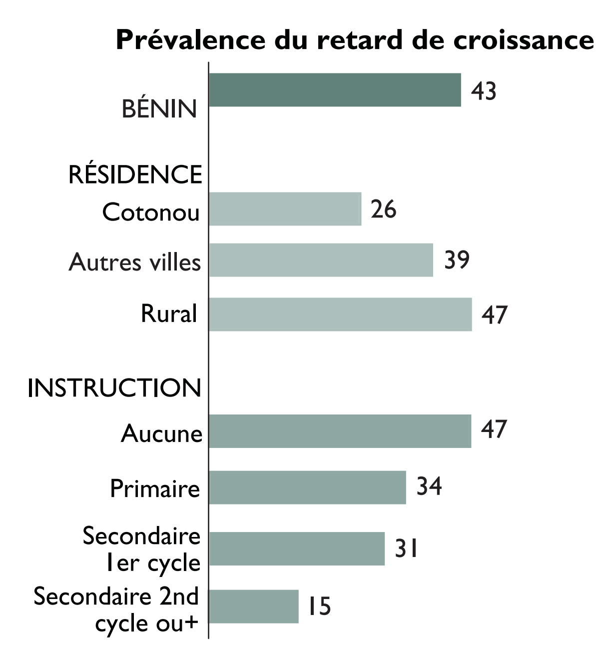
L'allaitement est une pratique généralisée au Bénin puisque la quasi-totalité des enfants ont été allaités (95 %). La durée médiane de l'allaitement est estimée à 21,4 mois. Cependant, seulement 54 % des enfants commencent à être allaités dans l'heure qui suit leur naissance.

Alors que l'allaitement exclusif est recommandé pour les enfants jusqu'à l'âge de 4-6 mois, un tiers des enfants de moins de 2 mois ont reçu autre chose que le lait maternel.

État nutritionnel des enfants de moins de 5 ans

Du fait d'une alimentation inadéquate, deux enfants de moins de cinq ans sur cinq (43 %) accusent un retard de croissance, 8 % sont émaciés ou souffrent de malnutrition aiguë et 19 % présentent une insuffisance pondérale. Les enfants du milieu rural, ceux dont la mère souffrent d'un état de déficience énergétique chronique, ceux qui étaient de petite taille à la naissance et ceux dont l'intervalle avec la naissance précédente était inférieur à 24 mois sont ceux dont l'état nutritionnel est le plus critique.

> Dans l'Alibori, où 63 % des enfants présentent un état de malnutrition chronique, et le Zou dans lequel 53 % des enfants accusent un retard de croissance, la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans est préoccupante.



Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance

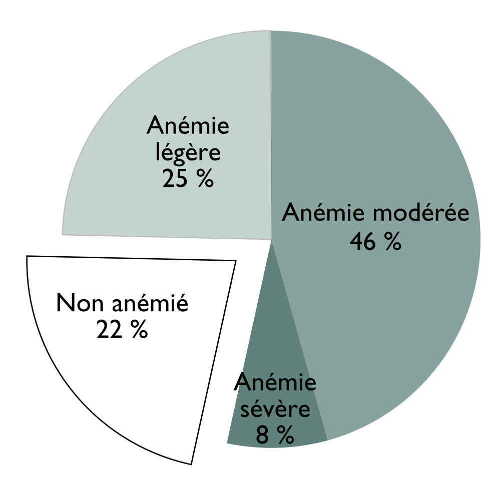
Sel iodé

Le manque d'iode dans l'organisme peut entraîner un retard dans le développement mental de l'enfant et provoquer un accroissement du volume du goitre chez les adultes. Parmi les ménages dont le sel a été testé, plus de la moitié utilisent du sel adéquatement iodé (15 PPM ou plus) alors que 15 % des ménages consomment du sel non iodé : cette proportion atteint 41 % dans le département des Collines.

Prévalence de l'anémie chez les enfants

Près de huit enfants de 6-59 mois sur dix (78 %) sont atteints d'anémie : 25 % sous une forme légère, 46 % sous une forme modérée et 8 % sont atteints d'anémie sévère. Cette prévalence est particulièrement élevée en milieu rural (82 %) , dans l'Alibori (90 %) et parmi les enfants dont la mère n'a pas d'instruction (81 %).

Prévalence de l'anémie chez les enfants



État nutritionnel des femmes

Au Bénin, environ 1 % des femmes de 15-49 ans ont une taille inférieure à 145 centimètres, considérée comme seuil critique. l'Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen des femmes est estimé à 22,6 kg/m2. Près des trois-quarts des femmes ont un IMC normal, compris entre 18,5 et 24,9 kg/m2. Par contre, 9 % des femmes ont un IMC inférieur à 18,5 kg/m2 , ce qui dénote un état de déficience énergétique chronique.

La proportion de femmes trop maigres est deux fois plus élevée en milieu rural qu'à Cotonou (10 % contre 5 %). Dans l'Atacora, 16 % des femmes présentent un état de déficience énergétique chronique.

Plus de six femmes sur dix sont anémiées (61 %) : 42 % souffrent d'anémie sous sa forme légère, 18 % sous une forme modérée et 1 % sous une forme sévère. Les trois-quarts des femmes enceintes sont anémiées et 42 % sont anémiées sous la forme modérée.

Mortalité

Les niveaux et caractéristiques de la mortalité des enfants sont fonctions des conditions socio-sanitaires, démographiques, socio-économiques et culturelles qui prévalent dans une population. C'est pourquoi, le niveau de mortalité des enfants est souvent considéré comme un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'un pays.

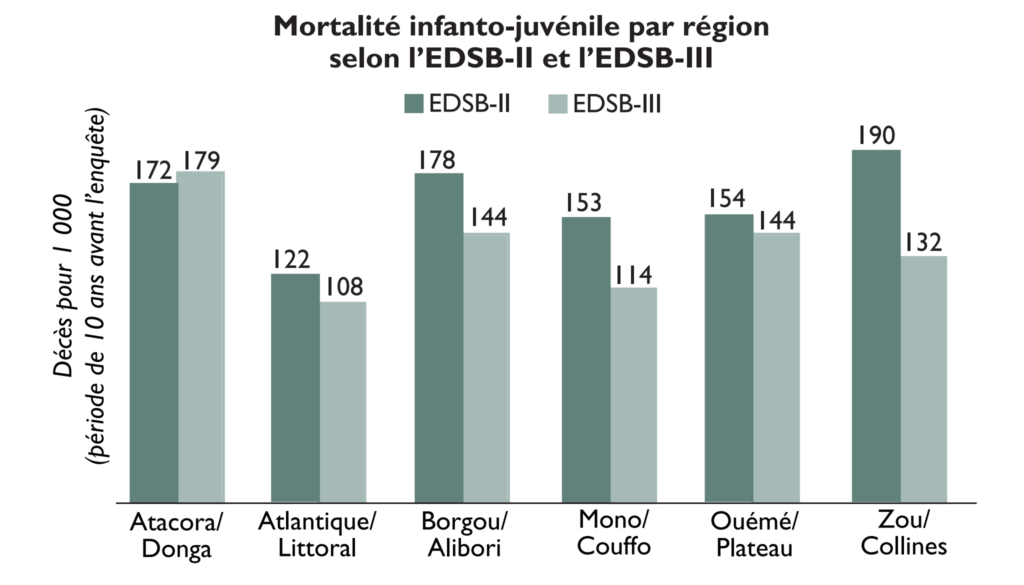
Mortalité des enfants

Avec les niveaux actuels de mortalité, un enfant béninois sur huit décèdera avant d'atteindre son cinquième anniversaire (125 ‰). Les risques de décéder avant l'âge de cinq ans présentent des écarts importants selon le milieu de résidence. On constate une surmortalité des enfants du milieu rural par rapport à ceux du milieu urbain : globalement, le risque de décéder entre la naissance et cinq ans est supérieur de 25 % en milieu rural par rapport au milieu urbain (145 ‰ contre 116 ‰).

Le niveau d'instruction de la mère influence de manière importante les risques de décéder des enfants. La probabilité de décéder avant cinq ans est de 143 ‰ pour les enfants dont la mère n'a aucune instruction, et de 84 ‰ lorsque celle-ci a atteint le niveau secondaire 1er cycle.

La mortalité des enfants béninois a connu une baisse sensible au cours des 20 dernières années.

Les enfants nés d'une mère âgée de moins de 20 ans courent un risque de décéder avant le premier anniversaire supérieur de 38 % par rapport à ceux dont la mère a 20-29 ans au moment de la naissance (177 ‰ contre 128 ‰). De même, un enfant né moins de deux ans après l'enfant précédent court un risque de décéder avant son cinquième anniversaire de 205 ‰ alors que celui dont la mère a observé un espacement de trois ans court un risque de 102 ‰.



EXCISION

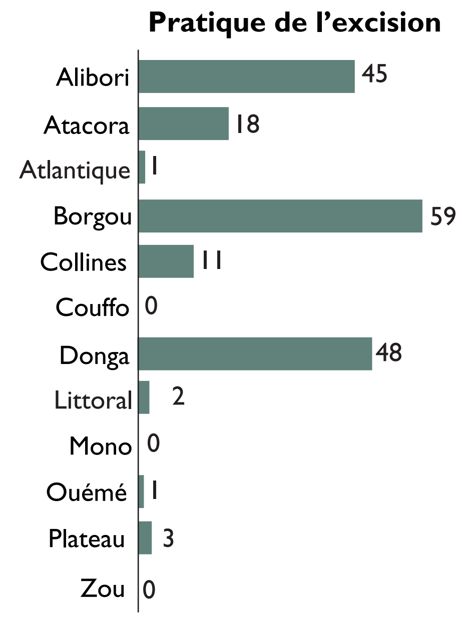
La pratique de l'excision est très localisée au Bénin. Les risques que fait courir l'excision sur la santé des femmes ont amené le Bénin à voter une loi interdisant cette pratique.

Au Bénin, un peu plus d'une femme sur dix a été excisée. Cependant, cette proportion varie de manière considérable d'un département à l'autre et selon les groupes ethniques. En effet, si dans le Borgou, 59 % des femmes sont excisées, cette proportion est inférieure à 1 % dans l'Ouémé. Parmi les Bariba et les Peulh, pratiquement les trois-quarts des femmes sont excisées alors que chez les Adja et les Fon, l'excision n'est quasiment pas pratiquée.

Seulement 5 % des femmes et 2 % des hommes pensent que l'excision est une pratique exigée par la religion.

Pour un tiers des femmes et plus d'un homme sur cinq, l'excision est exigée par la tradition.

La quasi-totalité des femmes et des hommes pensent que la pratique de l'excision doit disparaître.







© INSAE 2007

SIDA

L'analyse des indicateurs de comportements par rapport aux IST/SIDA est d'une grande importance pour pouvoir prendre des mesures visant à mieux contrôler l'épidémie.

Connaissance du sida et des moyens de prévention

Près des trois-quarts des femmes (73 %) et une proportion plus élevée d'hommes (83 %) savent qu'il est possible d'éviter le sida en utilisant un condom au cours de chaque rapport sexuel ou en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté.

Plus du quart des femmes et des hommes (27 %) connaissent la possibilité de transmission du virus par l'allaitement et l'existence d'un médicament qui peut réduire les risques de transmission du virus au cours de la grossesse. Cependant, dans l'Alibori, cette proportion est extrêmement faible (5 %) alors qu'elle atteint 65 % dans le Couffo.

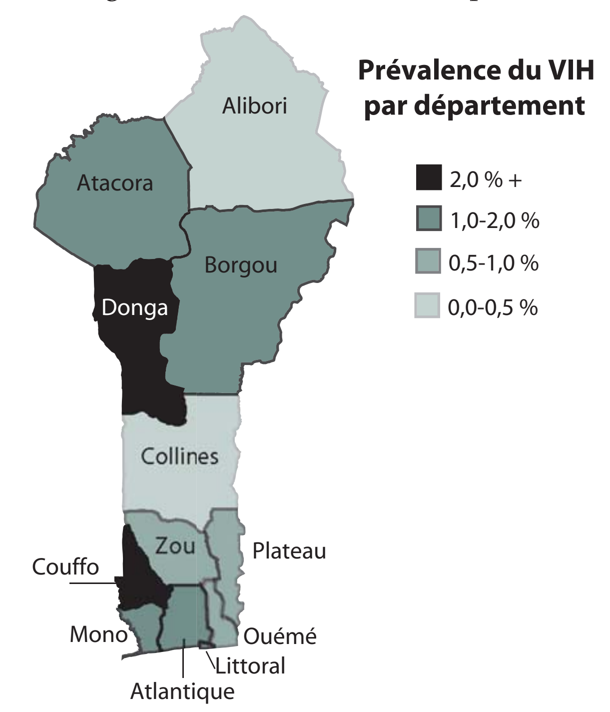
Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, 27 % ont eu, au moins, deux partenaires sexuelles. Chez les femmes, cette proportion est inférieure à 1 %. Parmi ces hommes et ces femmes, respectivement 21 % et 18 % ont utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels.

Près de deux femmes sur cinq ont déclaré connaître un endroit où l'on peut effectuer un test du VIH (39 %). Cependant, seulement 7 % avaient effectué un test du VIH au cours des 12 derniers mois et avaient reçu les résultats du dernier test. Chez les hommes, la proportion de ceux qui connaissent un endroit est plus élevée que celle observée chez les femmes (47 %) mais, seulement 5 % ont effectué un test du VIH au cours des 12 derniers mois et avaient reçu les résultats du dernier test.

Prévalence du sida

La prévalence de l'infection par le VIH au sein de la population générale est estimée à 1,2 % par l'EDSB-III. Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans, estimé à 1,5 %, est près du double de celui observé chez les hommes du même groupe d'âges (0,8 %).

Chez les femmes, c'est à Cotonou, dans la Donga (3,5 %) et parmi celles ayant un niveau d'instruction primaire (2,2 %) que la prévalence est la plus élevée et chez les hommes, c'est parmi ceux du Couffo (2,8 %).



Principaux indicateurs

TAILLE DE L'ÉCHANTILLON	
Nombre de ménages	17 511
Femmes de 15-49 ans enquêtées avec succès	17 794
Hommes de 15-64 ans enquêtés avec succès	5 321
CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES/HOMMES ENQUÊTÉS (%)	
Vivant en milieu urbain (femmes/hommes)	41/43
Sans instruction	64/36
Instruction primaire	20/31
Instruction secondaire	15/29
Instruction supérieure	1/4
Femmes/hommes alphabétisés	28/55
Taux brut de fréquentation primaire des enfants de 6-11 ans	88
Indice de parité du taux brut de fréquentation	0,87
Taux net de fréquentation primaire des enfants de 6-11 ans	64
Indice de parité du taux net de fréquentation	0,87
FÉCONDITÉ ET DÉTERMINANTS	
Indice Synthétique de Fécondité (ISF)[1]	5,7
Âge médian à la première naissance (femmes de 25-49 ans) (en années)	19,9
Femmes de 15-19 ans qui sont déjà mères ou enceintes (%)	21
Intervalle intergénésique médian (en mois)	35
Femmes de 15-49 ans actuellement en union (%)	75
Femmes de 15-49 ans mariées, en union polygame (%)	42
Hommes de 15-49 ans actuellement en union (%)	59
Hommes de 15-49 ans mariées, en union polygame (%)	27
Âge médian aux premiers rapports sexuels : femmes de 20-49 ans (en années)	17,8
Âge médian aux premiers rapports sexuels : hommes de 25-49 ans (en années)	18,5
Femmes de 15-24 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (%)	12
Âge médian à la première union : femmes de 25-49 ans (en années)	18,6
Âge médian à la première union : hommes de 25-49 ans (en années)	24,5
Durée médiane de l'allaitement au sein (en mois)[2]	21,5
PLANIFICATION FAMILIALE	
Femmes de 15-49 ans en union connaissant au moins une méthode moderne (%)	90
Femmes de 15-49 ans en union utilisant actuellement :	
une méthode moderne (%)	6
une méthode traditionnelle (%)	11
Femmes qui ne veulent plus d'enfants (%)	27
Nombre idéal d'enfants (femmes)	4,9
Nombre idéal d'enfants (hommes)	5,9
Besoin non satisfaits en matière de planification familiale	30
SANTÉ ET NUTRITION DE LA MÈRE	
Femmes qui ont reçu des soins prénatals auprès de personnel de santé qualifié[3] (%)	84
Naissances des 5 ans précédant l'enquête pour lesquelles la mère a :	
- accouché avec l'assistance de personnel de santé qualifié[3] (%)	74
- accouché dans un établissement de santé (%)	78
- bénéficié de soins postnatals avant de quitter l'établissement de santé (%)	63
Femmes de 15-49 ans qui sont anémiées (%)	61
Femmes de 15-49 ans qui sont maigres (IMC <18,5) (%)	9

SANTÉ ET NUTRITION DE L'ENFANT	
Enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins du PEV (%)[4]	47
Enfants de moins de 5 ans qui, au cours des 2 semaines avant l'enquête, ont eu :	
- la diarrhée (%)	9
- et parmi eux, ceux pour lesquels on a recherché un traitement (%)	21
- la fièvre (%)	29
- et parmi eux, ceux pour lesquels on a recherché un traitement (%)	37
État nutritionnel des enfants	
- enfants de 6-59 mois qui sont anémiés (%)	78
- enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance (%)[5]	43
- enfants de moins de 5 ans atteints d'émaciation (%)[6]	8
- enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale (%)[7]	18
PALUDISME	
Ménages avec au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (%)	40
Enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête (%)	33
Femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête (%)	32
MORTALITE DES ENFANTS (DÉCÈS POUR 1 000 ENFANTS)	
Mortalité infantile (entre la naissance et 1 an)	67
Mortalité juvénile (entre 1 et 5 ans)	62
Mortalité infanto-juvénile (entre la naissance et 5 ans)	125
MORTALITE MATERNELLE	
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances)	397
VIH/SIDA	
Femmes de 15-49 ans ayant une connaissance "complète"[8] du sida (%)	14
Hommes de 15-49 ans ayant une connaissance "complète"[8] du sida (%)	30
Taux de prévalence du VIH (ensemble) (%)	1,2
Taux de prévalence du VIH (femmes) (%)	1,5
Taux de prévalence du VIH (hommes) (%)	0,8
ENREGISTREMENT À L'ÉTAT CIVIL	
Naissances déclarées à l'état civil (%)	60
Enfants pour lesquels les parents sont en possession d'un acte de naissance (%)	20
TRAVAIL DES ENFANTS	
Enfants de 5-14 ans qui travaillent (%)	66

1 Nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle. 2 Durée pour laquelle la moitié des enfants de moins de 5 ans à l'enquête ont été allaités. 3. Pour les dernières naissances survenues dans les 5 ans précédant l'enquête et pour lesquelles la mère a été suivie par un médecin ou une infirmière/sage-femme. 4. C'est-à-dire ceux qui ont reçu le BCG, la rougeole et les trois doses de DTCoq et de polio, non compris la polio 0. 5 Enfants de moins de cinq ans dont la taille est inférieure à la moyenne de ce qu'elle devrait être à un âge donné, signe d'un retard de croissance de plus ou moins longue durée. 6 Poids inférieur à la moyenne de ce qu'il devrait être pour une taille donnée ou malnutrition aiguë. 7 Poids inférieur à la moyenne de ce qu'il devrait être à un âge donné. 8 Sont considérées comme ayant une connaissance "complète", les femmes qui savent que l'utilisation régulière du condom et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le virus du sida, celles qui savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida et celles qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du sida.

